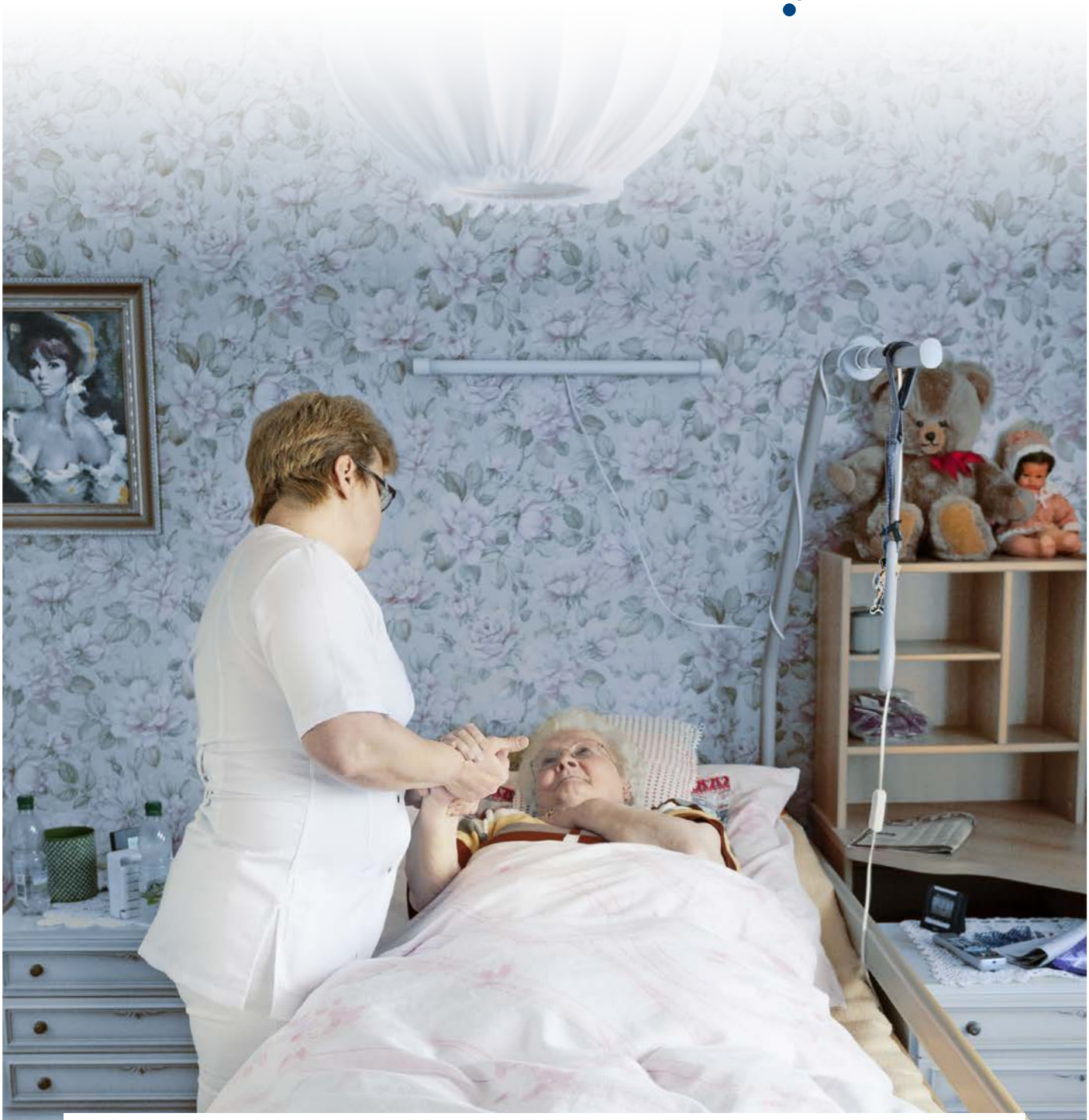
Faktencheck
Gesundheit



Palliativversorgung

– Modul 2 –

Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

BertelsmannStiftung

Faktencheck Gesundheit

Palliativversorgung

– Modul 2 –

Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung

Autor
Heiner Melching (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

Bericht auf Grundlage der Daten des Wegweisers Hospiz- und Palliativmedizin

Gutachter
Michaela Hach (Fachverband SAPV Hessen e.V.)
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband)
Dr. med. Ulrike Hofmeister (Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen Lippe e.V.)
Dr. med. Ursula Marschall (Barmer GEK)
Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra (Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg)
Univ.-Prof. Dr. med. Nils Schneider (Medizinische Hochschule Hannover)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die weibliche Sprachform verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inhalt

1. Hintergrund und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung 6

2. Beschreibung und Bewertung von Bedarfszahlen und Indikatoren 8

2.1 Indikatoren zu Strukturen der Palliativversorgung 8
2.2 Bedarfsschätzungen für einzelne Versorgungsstrukturen 9
2.3 Datenquellen und Methodik 11

3. Beschreibung und Einordnung der Daten zu den Strukturen der Palliativversorgung 13

3.1 Anzahl der Betten in spezialisierten Einrichtungen (stationäre Hospize, Palliativstationen) pro Million Einwohner 13
3.2 Anzahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ 21
3.3 Anzahl der SAPV-Teams 22
3.4 Anzahl der Krankenpflegenden mit Palliative-Care-Ausbildung 26
3.5 Anzahl der ambulanten Hospizdienste 27
3.6 Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeitenden in den ambulanten Hospizdiensten 30
3.7 Ergebnisüberblick nach Bundesländern 31

4. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen 32

Literatur 35

Autor 37

Gutachter 37

Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“ 39

Impressum 40

1. Hintergrund und Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Entwicklung der Hospizidee begann in Deutschland in den 1980er-Jahren mit Initiativen und Vereinen, die wesentlich zur Weiterverbreitung und Akzeptanz dieser Idee beitrugen. 1985 wurde in München der Christophorus Hospiz Verein gegründet, der erste Verein in Deutschland, der die Bezeichnung „Hospiz“ im Namen trug. 1992 bildete sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (jetzt: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.) als Dachverband für die Hospizidee hierzulande. 1995 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gegründet, die inzwischen mehr als 5.000 Mitglieder für die gemeinsame Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin vereint. Die Palliativversorgung in Deutschland hat sich somit weit entwickelt.

Die ärztliche Ausbildung in der Palliativmedizin ist fester Bestandteil der universitären Studienpläne, so dass seit 2014 jeder approbierte Arzt eine Basisausbildung in diesem Fachbereich vorweisen muss. Andererseits stehen nur an neun der 34 medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Palliativmedizin zur Verfügung. In der Ausbildung der Pflegenden wird die Palliativversorgung bislang nicht ausreichend berücksichtigt – ein Lehrstuhl für Palliativpflege existiert in Deutschland nicht. Für andere Berufsgruppen, die wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung sind, gibt es nur sehr begrenzte Aus- und Weiterbildungsangebote.

Die Versorgungssituation im ambulanten Sektor wurde in den vergangenen Jahren ganz wesentlich von neuen gesetzlichen Regelungen beeinflusst und ist damit sehr komplex geworden. Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 2007 wurde im Sozialgesetzbuch SGB V der gesetzliche Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung verankert. Die flächendeckende Umsetzung ist noch nicht erreicht, dennoch sind mittlerweile zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen zahlreiche Verträge abgeschlossen worden, so dass in Deutschland neben den mehr als 280 Palliativstationen zur stationären Versorgung auch mehr als 240 Leistungserbringer in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ihre Arbeit aufgenommen haben. Gesetzliche Regelungen zur Arzneimittelversorgung von Palliativpatienten im Rahmen der SAPV wurden angepasst, um auch in Notfällen schnelle und umfassende therapeutische Maßnahmen durchführen zu können.

Trotz der positiven Entwicklung wird in einigen Bereichen eine massive Unterversorgung angegeben. So sind in vielen Regionen kaum spezialisierte Palliativdienste zu finden. Auch wenn es im palliativmedizinischen Bereich und bei den Hospizen viele positive Entwicklungen gibt, wird die Palliativversorgung bei vielen schwerstkranken Patienten gar nicht oder sehr spät einbezogen.

Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Problemen im Zugang zu einer spezialisierten Palliativversorgung (Higginson und Evans 2010) konnte aus 40 Studien vor allem fehlendes Wissen und Ausbildung bei Mitarbeitern im Gesundheits- oder Sozialwesen sowie das Fehlen von stan-

dardisierten Überweisungskriterien feststellen. Insbesondere Patienten in höherem Alter und mit nicht tumorbedingten Erkrankungen wie auch Patienten ethnischer Minderheiten oder aus sozial benachteiligten Gruppen, zum Beispiel Obdachlose, werden nicht rechtzeitig an die Palliativversorgung überwiesen. Dies kann auch für Deutschland bestätigt werden.

2. Beschreibung und Bewertung von Bedarfszahlen und Indikatoren

Nach den Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin benötigen bis zu 90 Prozent der pro Jahr etwa 850.000 Versterbenden eine Palliativversorgung, wobei etwa zehn Prozent davon eine spezialisierte Palliativversorgung benötigen. Für einen kleinen Teil der Schwerstkranken ist auch im Jahr vor dem Sterbejahr eine Palliativversorgung notwendig, so dass der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung auf etwa 100.000 Menschen jährlich geschätzt wird.

2.1 Indikatoren zu Strukturen der Palliativversorgung

In der vorliegenden Auswertung werden die Strukturen vor allem der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland untersucht. Die Zahl der spezialisierten Einrichtungen und der spezialisierten Ärzte wird insgesamt und im regionalen Vergleich dargestellt. Zur Anzahl der Pflegenden in der Palliativversorgung können keine verlässlichen Aussagen getroffen werden, da diese nirgends zentral erfasst werden. Lediglich die Zahl der Pflegekräfte, die eine von der DGP anerkannte und registrierte Weiterbildung im Bereich Palliative Care absolviert haben, ist bekannt.

Als Indikatoren für den Stand der Palliativversorgung in Deutschland werden die folgenden Auswertungen dargestellt:

- Anzahl der stationären Hospize pro Million Einwohner
- Anzahl der Palliativstationen pro Million Einwohner
- Anzahl der SAPV-Teams pro Million Einwohner
- Anzahl der ambulanten Hospizdienste pro Million Einwohner
- Anzahl der Betten in spezialisierten Einrichtungen (stationäre Hospize, Palliativstationen) pro Million Einwohner
- Anzahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin pro 100.000 Einwohner
- Anzahl der Krankenpflegenden, die im Jahr 2014 eine Palliative-Care-Ausbildung absolviert haben, pro 100.000 Einwohner

Die Auswahl der Indikatoren für die Bewertung der Hospiz- und Palliativversorgung basiert auf den Vorschlägen einer Arbeitsgruppe der European Association for Palliative Care (EAPC), die diese Indikatoren eingesetzt hat, um den Atlas der Palliativversorgung für Europa zu erstellen (Centeno et al. 2007).

Die Indikatoren beziehen sich auf die allgemeine wie auch auf die spezialisierte Palliativversorgung (Tabelle 1). In der allgemeinen Palliativversorgung übernehmen Ärzte (Hausärzte, Krankenhausärzte) mit Grundkenntnissen der Palliativmedizin und Pflegende mit Palliative-Care-Qualifikation

die Betreuung der Patienten; in der spezialisierten Palliativversorgung sind es die stationären Hospize und Palliativstationen im stationären Bereich sowie die SAPV-Teams im ambulanten Bereich. Sowohl bei der spezialisierten als auch bei der allgemeinen Palliativversorgung ist die psychosoziale Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste von großer Bedeutung.

Tabelle 1: Übersicht der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsstrukturen

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativversorgung (APV)	■ allgemeine Krankenhausstationen ■ nicht spezialisierte Palliativstationen, Palliativeinheiten, Palliativbetten ■ „Konsiliardienste"* „Liaisondienste"* „Palliativdienste"* ■ Palliativbeauftragte ■ durch Personal mit Basisqualifikation	■ AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ■ Hausärzte, teils mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet) ■ Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation ■ ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 100.000 Ehrenamtlichen), Vergütung über § 39a SGB V ■ weitere Netzwerkpartner, z. B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	■ spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen, z. B. mind. 5 Betten) ■ „Palliativdienste"* ■ stationäre Hospize ■ immer durch multiprofessionelle Teams	■ SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007, geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) ■ immer multiprofessionell, oft durch Teams bzw. Teamarbeit ■ täglich 24 Std. Verfügbarkeit

* Palliativdienste im Krankenhaus sind grundsätzlich der spezialisierten Versorgung zuzurechnen, werden aber aufgrund ihrer derzeitigen Finanzierungsmöglichkeit über eine Komplexpauschale (OPS 8-892) in dieser Finanzierungssystematik nicht der spezialisierten Versorgung (OPS 8-98e) zugeordnet.

Quelle: EAPC White Paper on Standards and Norms (Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b). | BertelsmannStiftung

2.2 Bedarfsschätzungen für einzelne Versorgungsstrukturen

Im „White Paper on Standards and Norms" der EAPC (vgl. Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b) wurden Angaben zum Bedarf an spezialisierten Einrichtungen in einem mehrstufigen Delphi-Verfahren mit europäischen Fachleuten erhoben.

Für stationäre Hospize und Palliativstationen wurden darin als Standard 50 Betten pro Million Einwohner empfohlen, wobei der Fokus noch vornehmlich auf Onkologie-, Aids- und ALS-Patienten in der letzten Lebensphase lag. Nach neueren Schätzungen der EAPC und der DGP liegt der Bedarf jetzt bei 80 bis 100 Betten. Bei einer durchschnittlichen Größe der Einrichtungen

von acht bis zwölf Betten entspricht dies acht bis zehn Einrichtungen pro Million Einwohner. Da nur in Deutschland eine Trennung zwischen stationären Hospizen und Palliativstationen besteht, wurde in den europäischen Empfehlungen nicht differenziert zwischen der Zahl der benötigten Hospize und den Palliativstationen. Deshalb ist zunächst davon auszugehen, dass die Hospiz- und Palliativbetten zu annähernd gleichen Teilen vorgehalten werden sollten. Diese Annahme wird beispielsweise auch im Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen bestätigt (MGEPA NRW 2015). Eine valide und übertragbare Bedarfsanalyse existiert nicht und ist auch schwer zu berechnen, da der Bedarf an stationären Betten nicht allein aufgrund vorliegender Erkrankungen und Symptome erfasst werden kann, sondern dafür auch die ambulanten Versorgungsstrukturen, die soziale Eingebundenheit und individuelle Bedarfe von Patienten relevant sind.

Die Anzahl der SAPV-Teams wird im Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen angegeben mit einem Team pro 250.000 Einwohner, also vier SAPV-Teams pro Million Einwohner (MAGS NRW 2005). Im EAPC-Weißbuch wurde als Konsens der europäischen Fachleute ein höherer Bedarf definiert mit zehn Teams pro Million Einwohner. Im Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013 (G-BA 2014) wird aus den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen berichtet, dass in diesem Jahr insgesamt 241 Verträge mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V zur SAPV bestanden, also 2,9 Verträge pro Million Einwohner in Deutschland. Zu dieser Zahl stellt der G-BA fest, dass in einigen Regionen keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung stehen und eine vollständige vertragliche Abdeckung der SAPV noch nicht in allen Bundesländern erreicht werden konnte.

Die EAPC empfiehlt einen ambulanten Hospizdienst für 40.000 Einwohner. Allerdings bestand unter den Fachleuten dabei kein so großer Konsens wie bei anderen Aussagen. Je nach Rolle und Stellenwert der ehrenamtlichen Mitarbeiter kann der Bedarf unterschiedlich ausgeprägt sein; in manchen Regionen kann ein ambulanter Hospizdienst für bis zu 80.000 Einwohner ausreichen. Insgesamt sind zwölf bis 25 ambulante Hospizdienste pro Million Einwohner zu fordern.

Die Bedarfsschätzungen der palliatvmedizinischen Fachleute sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 2: Bedarfsschätzungen für einzelne Versorgungsstrukturen

Anzahl pro Million Einwohner

Anzahl Betten auf Palliativstationen	Anzahl Betten in stationären Hospizen	SAPV-Teams	Ambulante Hospizdienste
40 – 50	40 – 50	4 – 10	12 – 25

Quelle: EAPC White Paper on Standards and Norms (Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b). | BertelsmannStiftung

2.3 Datenquellen und Methodik

Angaben zur Häufigkeit und regionalen Verteilung für stationäre Hospize, Palliativstationen und SAPV-Teams wurden für diese Auswertung dem Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entnommen. Der Wegweiser ist seit 1993 von einer Autorengruppe im Auftrag der DGP und anderer Fachgesellschaften entwickelt worden. Über Umfragen und durch Selbstanmeldung von Einrichtungen wird im Zuge der zweijährlichen Überarbeitungen eine ständig aktualisierte Datenbank geschaffen, in der die spezialisierten Einrichtungen mit Adressen und Strukturdaten verzeichnet sind.

Die DGP hat im Juni 2015 den Wegweiser neu gestaltet und eine neue Erhebung der Strukturdaten der spezialisierten Einrichtungen begonnen; alle bekannten Einrichtungen der Palliativversorgung wurden angeschrieben und darum gebeten, sich im Wegweiser einzutragen bzw. ihre Angaben zu aktualisieren. Im neuen Wegweiser werden neben den öffentlich einsehbaren Adressen und Primärangeboten der Einrichtungen auch umfangreiche Strukturdaten, wie Angaben zur Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter und Ehrenamtlichen, zum Stellenumfang, zur Multiprofessionalität, zur Anzahl der versorgten Patienten, zu Vernetzung, Kooperationen und weiteren Angeboten erhoben. Die Eintragung im Wegweiser wird von den Einrichtungen selbst vorgenommen und vor der Freischaltung einer Plausibilitätskontrolle unterzogen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann zwar nicht erhoben werden, doch aufgrund früherer Untersuchungen, Stichproben und Schätzungen ist davon auszugehen, dass sich von den existierenden Palliativstationen, stationären Hospizen, SAPV-Teams und ambulanten Hospizdiensten mehr als 90 Prozent im Wegweiser eingetragen haben (Stand Juni 2015).

Viele dieser Einrichtungen haben allerdings derzeit noch nicht die neuen weiterführenden Angaben zu ihren internen Strukturen ergänzt, weshalb sich der vorliegende Bericht auf die Auswertung der Zahl vorhandener Einrichtungen (im Juni 2015) beschränkt. Weiterführende Aussagen

zur Versorgungsintensität und -qualität werden erst Mitte 2016 möglich sein, wenn annähernd alle Einrichtungen die weiterführenden Angaben im Wegweiser eingetragen haben. Gleiches gilt für die noch neue Struktur der Palliativdienste im Krankenhaus, zu denen noch keine aussagekräftigen Zahlen vorliegen.

Diese Auswertung beschränkt sich zudem auf Angebote für Erwachsene. Die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche müssen aufgrund vieler Besonderheiten speziell ausgewertet werden.

Für die Berechnung der Zahl der stationären Hospize, Palliativstationen und auch der SAPV-Teams pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt wurden die vorliegenden Adressdateien im Wegweiser genutzt. Die Zuordnung zu den Landkreisen erfolgte über die Postleitzahlen.

Die Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ wurde der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes entnommen (www.gbe-bund.de). In der GBE wird die Zahl der Ärzte für die einzelnen Bundesländer aufgeführt.

Die Anzahl der Pflegefachkräfte wurde über die DGP erhoben. Diese bietet eine Qualifikation durch Kursleiter nach einem DGP-internen Curriculum an. Die von diesen Kursleitern durchgeführten Kurse der Palliative-Care-Ausbildung können von der DGP-Geschäftsstelle zertifiziert werden. Im Rahmen der Zertifizierung werden auch die Zahlen der Kursteilnehmer dokumentiert und können von der Geschäftsstelle ausgewertet werden. Zum Zeitpunkt Juni 2014 hatten 20.000 Pflegekräfte eine von der DGP zertifizierte Palliative-Care-Weiterbildung abgeschlossen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass zusätzlich noch rund 10.000 Pflegekräfte eine derartige Weiterbildung mit internen Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. innerbetriebliche Fortbildungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen) und bei weiteren Weiterbildungsanbietern absolviert haben, die nicht das Anerkennungsverfahren der DGP durchlaufen haben.

Eine Altersstandardisierung wurde nicht durchgeführt. Obwohl Tumorerkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten und multimorbide geriatrische Patienten ebenfalls zur Zielgruppe der Palliativversorgung zählen, kann auch bei jüngeren Patienten eine Palliativversorgung erforderlich werden. Hinzu kommt, dass bei jüngeren Patienten – aufgrund der stärkeren Progredienz und der starken Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Begleitung und Unterstützung von Kindern und Angehörigen) – der Umfang und Aufwand der Versorgung häufig als aufwendiger einzuschätzen sind, weshalb eine Altersstandardisierung nur eine bedingte Aussagekraft hinsichtlich eines regionalen Versorgungsbedarfs zulassen würde.

3. Beschreibung und Einordnung der Daten zu den Strukturen der Palliativversorgung

3.1 Anzahl der Betten in spezialisierten Einrichtungen (stationäre Hospize, Palliativstationen) pro Million Einwohner

Die Erhebung der Anzahl der stationären Einrichtungen und der Bettenzahlen in stationären Hospizen und Palliativstationen in Deutschland erfolgte über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung der DGP. Den Daten aus dem Wegweiser zufolge gibt es hierzulande insgesamt 217 stationäre Hospize und 286 Palliativstationen; dies entspricht 2,75 stationären Hospizen mit 27,31 Betten pro Million Einwohner und 3,59 Palliativstationen mit 30,5 Betten, also zusammen 6,34 Einrichtungen mit 57,81 Betten. Die Einrichtungen haben durchschnittlich neun Betten.

Die Angaben im Wegweiser zu den Palliativstationen konnten stichprobenartig mit den Angaben aus den Krankenhausplänen von Nordrhein-Westfalen, Bayern und Sachsen verglichen werden. Im Krankenhausplan von Nordrhein-Westfalen werden in 51 Feststellungsbescheiden insgesamt 347 Palliativbetten ausgewiesen (MGEPA NRW 2015). Damit wird ein Angebot von derzeit rund 22 Betten pro Million Einwohner berechnet. Dies liegt nahe an der Zahl von 24,47 Betten pro Million Einwohner in der vorliegenden Auswertung. Die geringfügig höheren Zahlen können durch die Palliativstationen erklärt werden, für die eine Aufnahme in den Krankenhausplan beantragt, aber noch nicht bewilligt wurde.

Im Krankenhausplan des Freistaates Bayern werden insgesamt 470 Betten in 52 Palliativstationen aufgeführt; dies entspricht 37,30 Betten pro Million Einwohner, während in der vorliegenden Auswertung die Zahl bei 33,56 Betten pro Million Einwohner liegt (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2015). Im bayerischen Krankenhausplan werden aber auch die beantragten Betten bereits mitberechnet.

Im Gegensatz zu diesen weitgehenden Übereinstimmungen unterscheiden sich die Zahlen im Krankenhausplan von Sachsen, der insgesamt 202 Betten in 27 Palliativstationen und damit 49,88 Betten pro Million Einwohner aufführt (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015), von den Angaben in der vorliegenden Auswertung, die nur 32,62 Betten pro Million Einwohner dokumentiert.

Die Versorgungsstruktur liegt für diesen Bereich damit im unteren empfohlenen Bereich der EAPC-Empfehlungen. Nur vier Bundesländer reichen an die höhere Vorgabe von 80 Betten pro Million Einwohner: Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Hamburg und Saarland (Abbildung 5, Tabelle 5). Die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen-Anhalt erreichen hingegen nicht einmal die niedrigere Vorgabe von 50 Betten pro Million Einwohner. Verglichen mit den Angaben aus einem europäischen Vergleich (Centeno et al. 2007) hat sich die Bettenzahl allerdings in den letzten zehn Jahren – von 25 Hospiz- und Palliativbetten im Jahr 2005 – mehr als verdoppelt.

Im Vergleich auf Länderebene sind im städtischen Bereich vor allem Unterschiede zwischen der Verteilung der Betten in Palliativstationen und in Hospizen erkennbar (Tabellen 3 und 4, Abbildungen 1 und 3). Beispielhaft können hier die Stadtstaaten Berlin und Hamburg herangezogen werden: In den beiden Städten gibt es, gemessen an der Einwohnerzahl, vergleichsweise viele Hospize und dort mehr Betten als in allen anderen Bundesländern (56,4 Betten pro Million Einwohner in Berlin und 40,7 Betten in Hamburg), während bei den Palliativstationen ein deutlicher Mangel feststellbar ist: Mit 26,91 Betten pro Million Einwohner liegt Hamburg hier im unteren Drittel und Berlin bildet das Schlusslicht mit nur 18,7 Betten. Vermutlich aufgrund der urbanen Ballungszentren lässt sich Nordrhein-Westfalen ähnlich einordnen.

Bis auf einige Ausnahmen scheint das städtische Umfeld den Aufbau bzw. das Fortbestehen von Hospizen mehr zu fördern als das von Palliativstationen. Dies könnte an einer besseren ambulanten Palliativversorgung in den städtischen Regionen liegen, die Krankenhauseinweisungen vermeiden helfen. Ein Grund könnte aber auch sein, dass stationäre Hospize ein wirtschaftliches Risiko tragen und eine nahezu 90-prozentige Auslastung nötig ist, um kostendeckend existieren zu können – wobei auch noch zehn Prozent der Kosten (bei Erwachsenenhospizen) über Spenden eingeworben werden müssen. Dies ist im städtischen Raum vermutlich leichter zu realisieren als in einer ländlichen Struktur. Somit könnte die Bereitschaft, ein Hospiz zu eröffnen, auch von diesem Faktor abhängig sein.

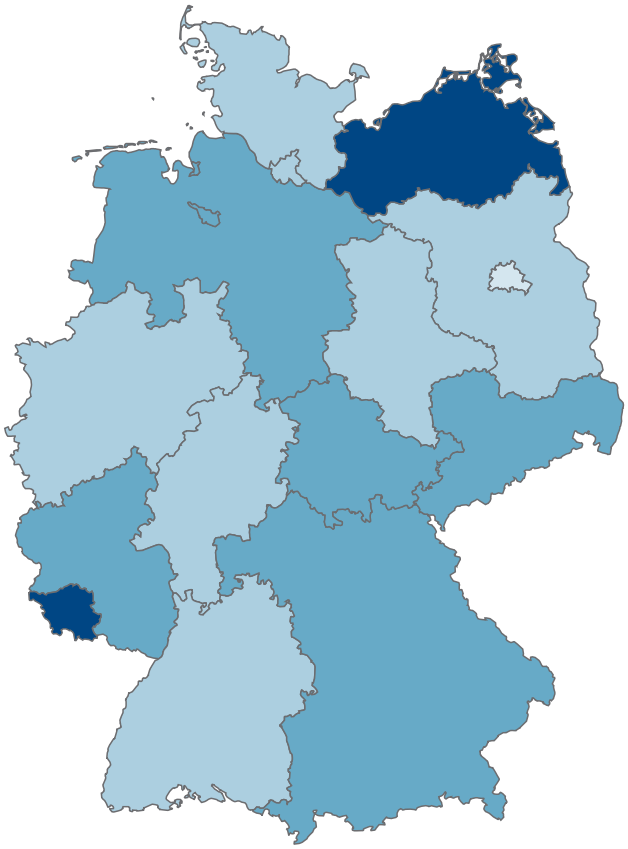
Entgegen der Erwartung werden im Vergleich zwischen ostdeutschen und westdeutschen Bundesländern keine signifikanten Unterschiede ersichtlich, sondern es gibt eher ein Nord-Süd-Gefälle. In den bevölkerungsarmen Ländern, wie etwa Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen, lassen sich keine einheitlichen Tendenzen feststellen. Während Mecklenburg-Vorpommern sowohl eine große Bettenzahl in stationären Hospizen als auch in Palliativstationen aufweist (mit 40,09 Betten in stationären Hospizen und 43,22 Betten in Palliativstationen pro Million Einwohner im Ranking auf Platz 2 und 3), befindet sich Sachsen jeweils im Mittelfeld. In Brandenburg zeichnet sich eine ähnliche Tendenz ab wie in den Großstädten: Die Bettenzahl in den Hospizen liegt bei 35,11 pro Million Einwohner (Platz 3 im Ranking), die in den Palliativstationen bei 22,46 (Platz 13 im Ranking). Erklärungen hierfür könnten gegebenenfalls durch eine Analyse auf Kreisebene möglich werden (Abbildungen 2, 4 und 6). Dabei fallen die großen Unterschiede zwischen den Kreisen in einigen Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Bayern auf, während in anderen Bundesländern einheitlich eine dichte Versorgung mit Hospiz- oder Palliativbetten gewährleistet ist.

Diese Unterschiede können einerseits begründet sein in strategischen Vorgaben wie etwa in Bayern, wo es bereits sehr früh eine starke Entwicklung der ambulanten Hospizdienste gab und lange Zeit davon ausgegangen wurde, dass deren Ausbau vorrangig gegenüber der Gründung stationärer Hospize zu berücksichtigen sei; teilweise sind Letztere dort erst entstanden, als die Kooperation mit einem stationären Hospiz ein verpflichtendes Zertifizierungskriterium für geförderte onkologische Organzentren wurde. Andererseits ist auch davon auszugehen, dass einzelne

Akteure und entstandene Netzwerke die lokale und regionale Entwicklung entscheidend beeinflusst und vorangetrieben haben.

Abbildung 1: Betten auf Palliativstationen

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Bundesländern



1	Saarland	46,43
2	Mecklenburg-Vorpommern	43,22
3	Rheinland-Pfalz	37,05
4	Thüringen	36,10
5	Bayern	33,56
6	Bremen	33,47
7	Sachsen	32,62
8	Niedersachsen	30,68
	Deutschland	**30,50**
9	Baden-Württemberg	29,72
10	Schleswig-Holstein	26,99
11	Hamburg	26,91
12	Hessen	24,65
13	Nordrhein-Westfalen	24,47
14	Brandenburg	22,46
15	Sachsen-Anhalt	20,94
16	Berlin	18,70

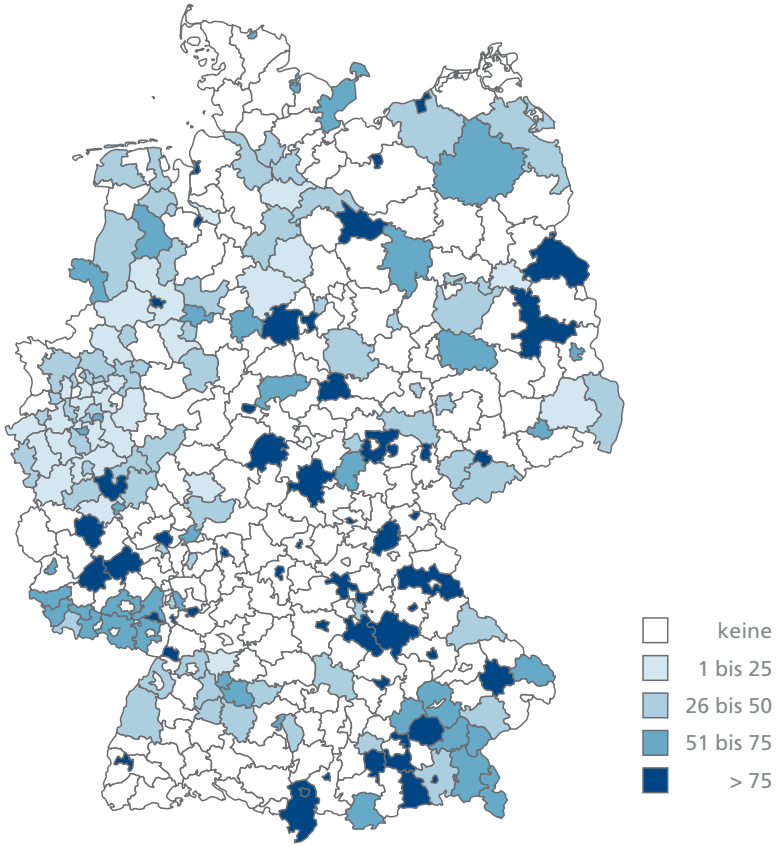
< 20
20 bis 29
30 bis 40
> 40

Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, da davon ausgegangen werden kann, dass in Regionen mit mehr als 40 Betten pro Million Einwohner der Bedarf größtenteils gedeckt sein dürfte, während in Regionen mit weniger als 20 Betten von einer Unterversorgung auszugehen ist.

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

Abbildung 2: Betten auf Palliativstationen

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Kreisen

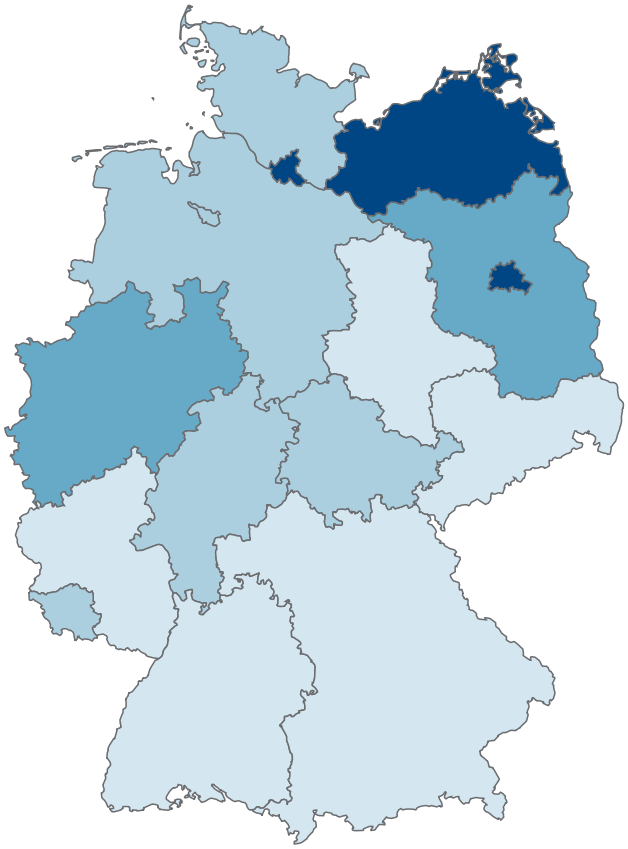


Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden. Der Mittelwert liegt bei 30,5 und befindet sich somit in der mittleren Gruppe.

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlagen: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015, Wegweiser Kommune. | BertelsmannStiftung

Abbildung 3: Betten in stationären Hospizen

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Bundesländern



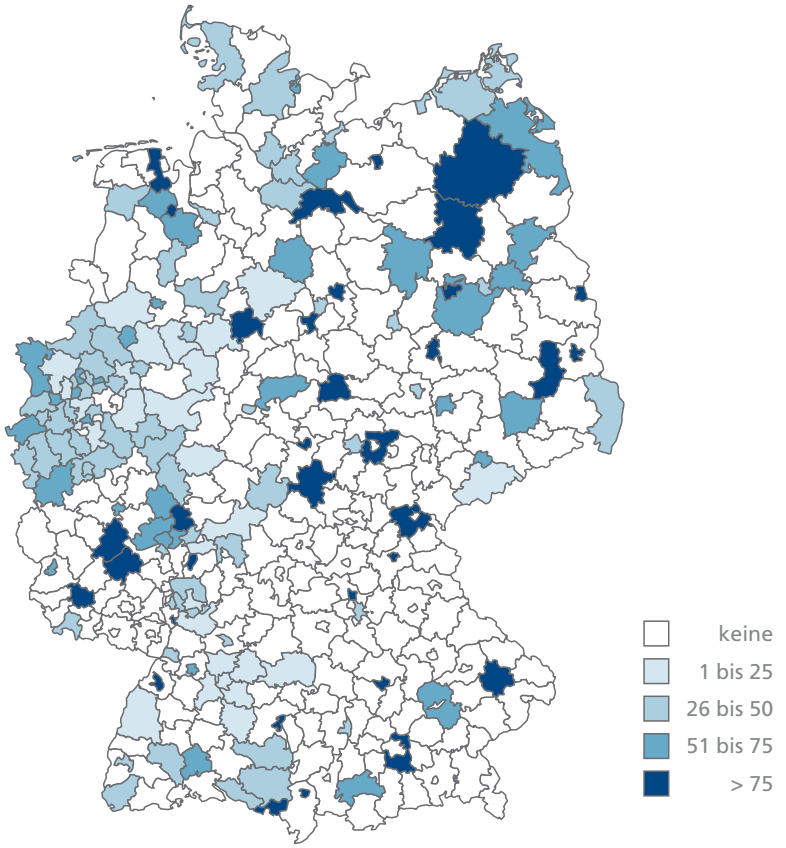
1	Berlin	56,40
2	Hamburg	40,66
3	Mecklenburg-Vorpommern	40,09
4	Brandenburg	35,11
5	Nordrhein-Westfalen	31,07
	Deutschland	**27,31**
6	Schleswig-Holstein	26,99
7	Thüringen	26,84
8	Hessen	26,63
9	Saarland	26,24
10	Niedersachsen	24,65
11	Bremen	24,34
12	Sachsen	19,28
13	Baden-Württemberg	17,31
14	Sachsen-Anhalt	15,15
15	Rheinland-Pfalz	14,77
16	Bayern	11,58

Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, da davon ausgegangen werden kann, dass in Regionen mit mehr als 40 Betten pro Million Einwohner der Bedarf größtenteils gedeckt sein dürfte, während in Regionen mit weniger als 20 Betten von einer Unterversorgung auszugehen ist.

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

Abbildung 4: Betten in stationären Hospizen

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Kreisen

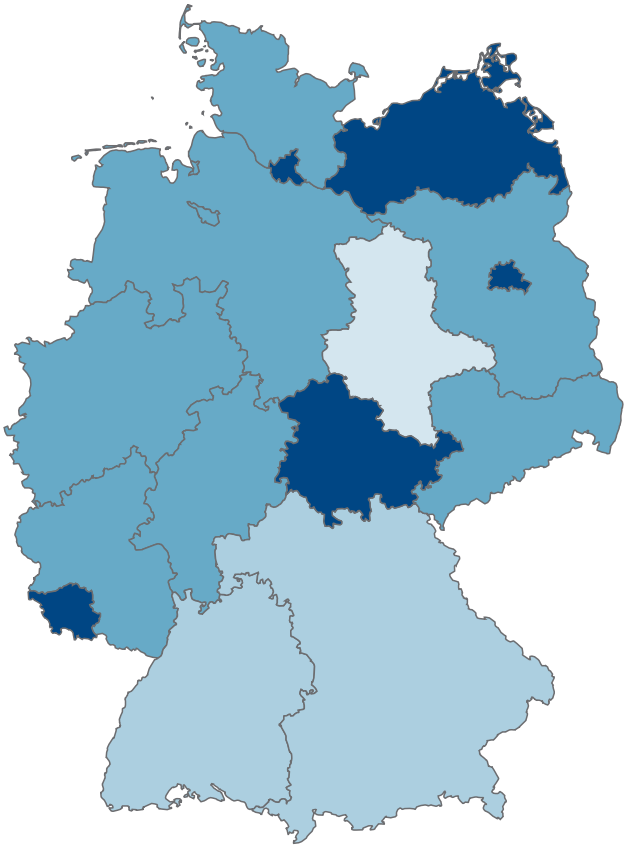


Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden. Der Mittelwert liegt bei 27,31 und befindet sich somit in der mittleren Gruppe.

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlagen: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015, Wegweiser Kommune. | BertelsmannStiftung

Abbildung 5: Gesamtzahl der Betten auf Palliativstationen und in Hospizen, 2015

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Bundesländern



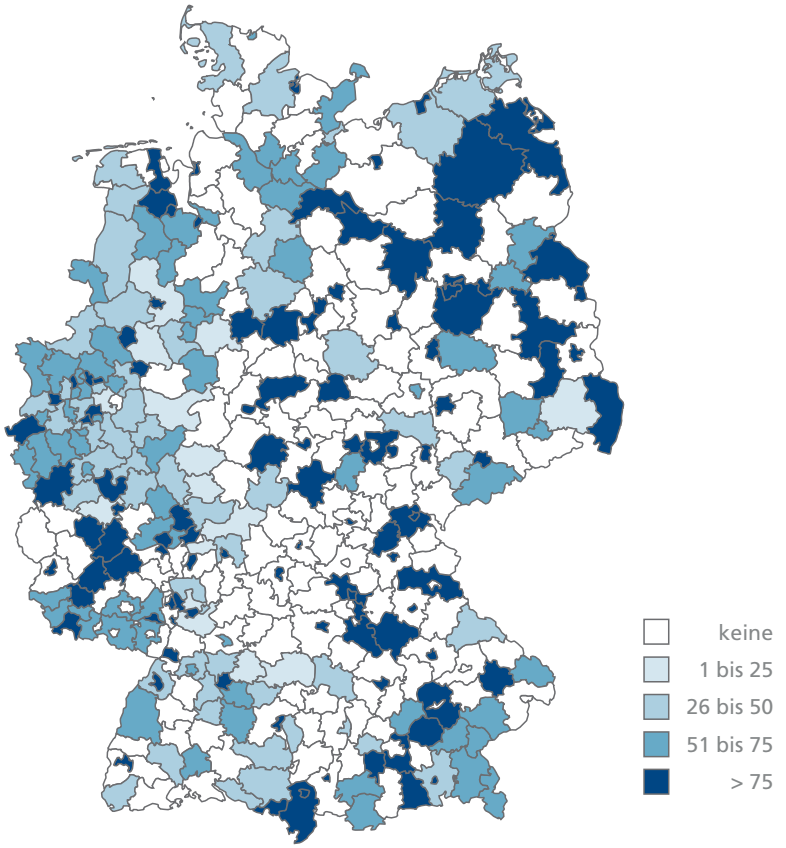
1	Mecklenburg-Vorpommern	83,31
2	Berlin	79,78
3	Hamburg	74,44
4	Saarland	72,67
5	Thüringen	68,49
	Deutschland	**59,74**
6	Nordrhein-Westfalen	59,07
7	Niedersachsen	58,79
8	Bremen	57,80
9	Brandenburg	57,57
10	Rheinland-Pfalz	54,33
11	Schleswig-Holstein	53,98
12	Sachsen	53,38
13	Hessen	53,26
14	Baden-Württemberg	47,03
15	Bayern	45,78
16	Sachsen-Anhalt	36,09

< 40
40 bis 49
50 bis 60
> 60

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

Abbildung 6: Gesamtzahl der Betten auf Palliativstationen und in Hospizen

Anzahl der Betten pro Million Einwohner nach Kreisen



Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden.

Quelle: Eigene Berechnungen DGP, Datengrundlage: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

3.2 Anzahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“

In der Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes wird die Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ für die einzelnen Bundesländer aufgeführt. Insgesamt wird von 9.073 Ärzten (11,23 pro 100.000 Einwohner) mit Zusatzbezeichnung berichtet.

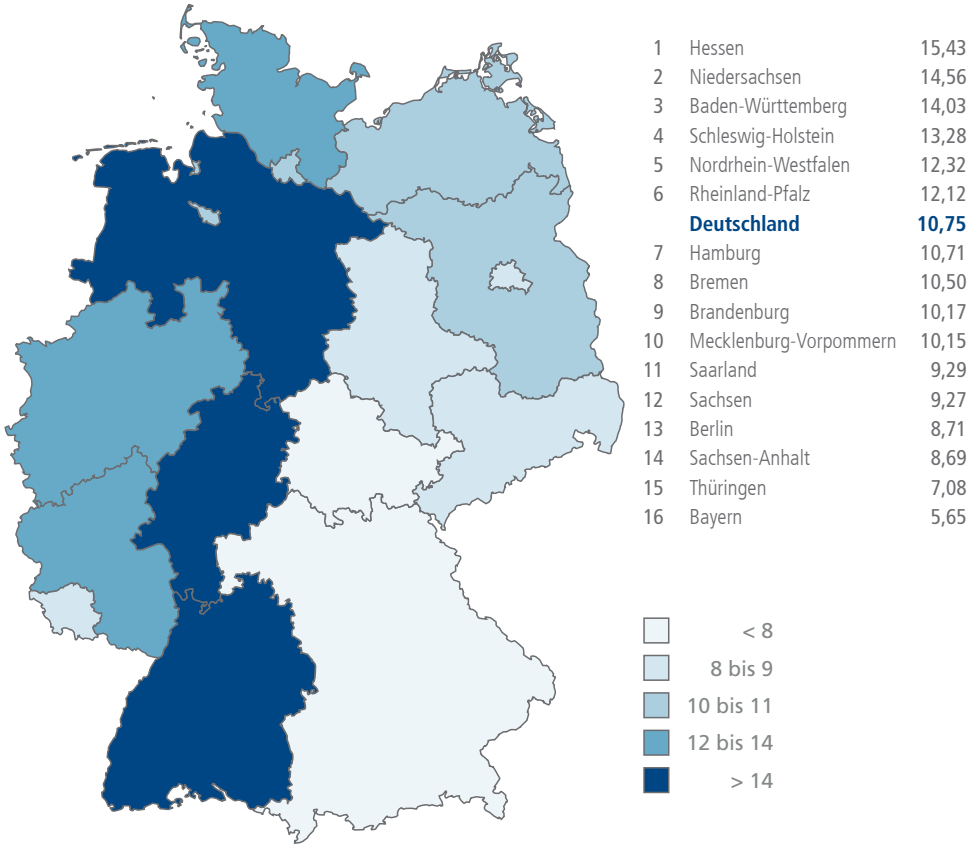
Für die Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ können keine Standards empfohlen werden. Allerdings sollten nach den Empfehlungen im Rahmenprogramm des Landes NRW für jedes SAPV-Team mindestens drei Ärzte mit Zusatzbezeichnung bereitstehen. Hochgerechnet mit den Angaben zum Bedarf an SAPV-Teams ergibt sich daraus eine Empfehlung von 1,2 Palliativmedizinern pro 100.000 Einwohner allein für die Besetzung der Stellen in den SAPV-Teams. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise im EAPC-Weißbuch ein deutlich höherer Bedarf an SAPV-Teams angesetzt ist, woraus sich insgesamt eine Empfehlung von drei Palliativmedizinern pro 100.000 Einwohner ergeben würde. Im europäischen Vergleich (Centeno et al. 2007) wurden in den Ländern mit hoch entwickelter Palliativversorgung 0,5 bis ein Arzt pro 100.000 Einwohner gemeldet; allerdings wurden dort nur Ärzte gezählt, die Vollzeit in der Palliativversorgung arbeiten, während die Auswertung der Ärzte mit Zusatzbezeichnung keine Rückschlüsse darüber zulässt, inwieweit diese auch in der allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung tätig sind.

Im Vergleich der Bundesländer (Abbildung 7, Tabelle 6) fällt ein deutliches Ungleichgewicht, bis zum Faktor 3, zwischen einzelnen Bundesländern auf. Während vor allem Länder wie Hessen, Niedersachsen oder Baden-Württemberg mit über 14 Medizinern pro 100.000 Einwohner gut versorgt scheinen, ist der Anteil von Ärzten mit Zusatzbezeichnung in Bayern, Thüringen und Sachsen-Anhalt weniger als halb so groß. Die geringere Dichte in den ostdeutschen Ländern kann auf einen Nachholbedarf dort hinweisen. Die Ursache für die niedrige Zahl in Bayern ist unklar – möglicherweise wurde hier eher auf andere Qualifikationen gesetzt (40-Stunden-Basiskurs).

Im Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der SAPV wird das Fehlen von SAPV-Verträgen in einigen Regionen unter anderem damit begründet, dass entsprechend qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte fehlen (G-BA 2014).

Abbildung 7: Palliativmediziner, 2014

Anzahl der Palliativmediziner pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern



Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden.
Der Mittelwert liegt bei 10,75 und befindet sich somit in der mittleren Gruppe.

Quelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), 2014,
erstellt unter www.gbe-bund.de.

BertelsmannStiftung

3.3 Anzahl der SAPV-Teams

Im Bericht des G-BA über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013 wird berichtet, dass insgesamt 241 Verträge mit Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V bestanden. Dies entspricht 2,98 SAPV-Leistungserbringern pro Million Einwohner. Der G-BA stellt fest, dass in einigen Regionen keine SAPV-Leistungserbringer zur Verfügung stehen und eine vollständige vertragliche Abdeckung der SAPV noch nicht in allen Bundesländern erreicht werden konnte.

Die Anzahl der SAPV-Teams wird im Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW 2005) mit einem Team pro 250.000 Einwohner, also vier SAPV-Teams pro Million Einwohner, angegeben. Im EAPC-Weißbuch wurde als Konsens der europäischen Fachleute ein höherer Bedarf definiert: zehn Teams pro Million Einwohner. Diesen Wert erreicht kein Bundesland, aber auch die niedrigere Vorgabe aus dem Rahmenprogramm wird von der Hälfte der Bundesländer nicht erreicht.

Die Daten aus dem Wegweiser dienen hier erneut zur Gegenüberstellung der Zahlen aus den einzelnen Bundesländern (Tabelle 7, Abbildungen 8 und 9). Im Ländervergleich sind zunächst weder Unterschiede zwischen Stadt und Land noch zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern zu erkennen. Auffällig ist dagegen vor allem die große Spanne zwischen den erst- und letztplatzierten Ländern im Ranking: Niedersachsen und das Saarland befinden sich mit jeweils über sechs SAPV-Teams pro Million Einwohner auf Platz 1 und 2, während Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen mit jeweils weniger als einem SAPV-Team pro Million Einwohner sich die letzten beiden Plätze teilen.

Hier sind allerdings Unterschiede in den Organisationsstrukturen zu beachten. So ist die niedrige Rate in Nordrhein-Westfalen auch dadurch bedingt, dass in einer Landeshälfte, im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, keine klassischen SAPV-Verträge abgeschlossen wurden, sondern Verträge für Palliativnetzwerke, die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung gemeinsam anbieten (Lux et al. 2013). Die Leistungserbringer der SAPV in Westfalen-Lippe haben sich größtenteils noch nicht im Wegweiser eingetragen, da dort explizit nach SAPV-Teams gefragt wird. Allerdings fällt in der Auswertung auf Kreisebene auf, dass selbst in Nordrhein nur vergleichsweise wenige SAPV-Teams erfasst sind.

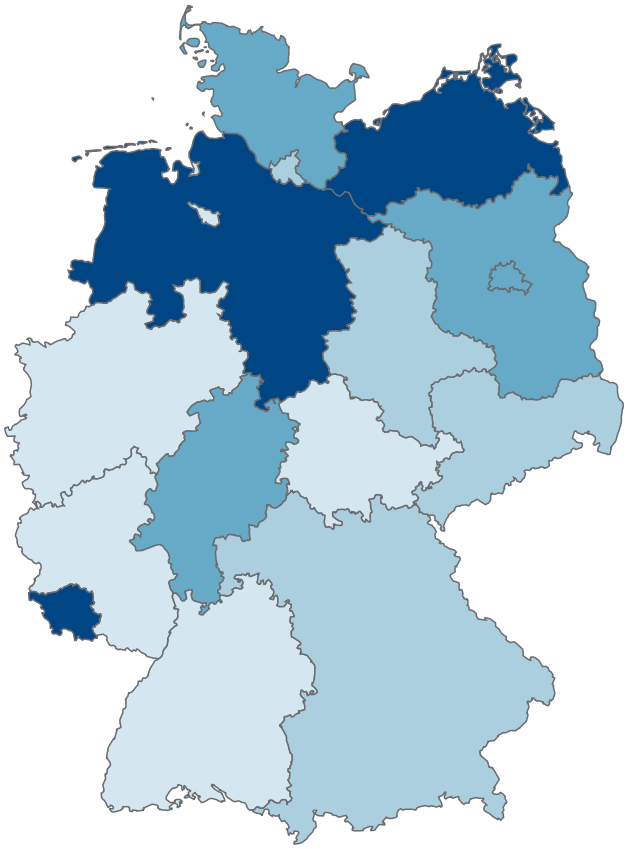
Wichtig ist bei dieser Auswertung, dass es sich nur um eine Erfassung der Geschäftsadressen von SAPV-Leistungserbringern handelt. Insbesondere bei der Betrachtung der Auswertung auf Kreisebene ist zu bedenken, dass einzelne SAPV-Teams mitunter mehrere Landkreise versorgen, hier aber nur mit der Adresse ihres Hauptsitzes berücksichtigt wurden. In einigen ländlichen Regionen arbeiten die SAPV-Leistungserbringer auch mit sogenannten Satellitenteams zusammen (besonders in Bayern) oder kooperieren mit einzelnen Leistungserbringern aus dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich anderer Kreise, welche in dieser Auswertung keine Berücksichtigung finden.

Insgesamt ist das Leistungsgeschehen in der SAPV extrem heterogen und nur schwer vergleichbar – nicht hinter jedem Leistungserbringer steht auch eine vergleichbare Leistung. So sind etwa in Berlin, wo keine Teamstruktur vorgesehen ist, einzelne Ärzte Vertragspartner (und werden somit als Leistungserbringer gezählt), während in anderen Regionen SAPV-Teams existieren, in denen über 20 Ärzte und noch mehr Pflegekräfte tätig sind, welche ebenfalls nur als ein Vertragspartner in die Statistiken eingehen. Zudem ist der Umfang der Leistungen (z. B. Teil- oder Vollversorgung, SGB-V-Leistungen) in einzelnen Regionen unterschiedlich. Eine valide Aussage zum tatsächlichen Leistungsgeschehen wird erst dann möglich sein, wenn die meisten SAPV-Leistungserbringer ihre

zusätzlichen Angaben zur Struktur und zum Versorgungsumfang (z. B. Anzahl der versorgten Patienten, Aktionsradius, Personalbesetzung, Versorgungsdauer) in den Wegweiser eingetragen haben; dies ist aktuell noch nicht der Fall.

Abbildung 8: SAPV-Teams

SAPV-Teams pro Million Einwohner nach Bundesländern



1	Niedersachsen	6,93
2	Saarland	6,06
3	Mecklenburg-Vorpommern	5,01
4	Berlin	4,68
5	Schleswig-Holstein	4,62
6	Brandenburg	4,49
7	Hessen	4,47
8	Hamburg	3,44
	Deutschland	**3,42**
9	Sachsen	2,97
10	Bayern	2,86
11	Sachsen-Anhalt	2,67
12	Baden-Württemberg	2,35
13	Bremen	1,52
14	Thüringen	1,39
15	Rheinland-Pfalz	0,75
16	Nordrhein-Westfalen	0,57

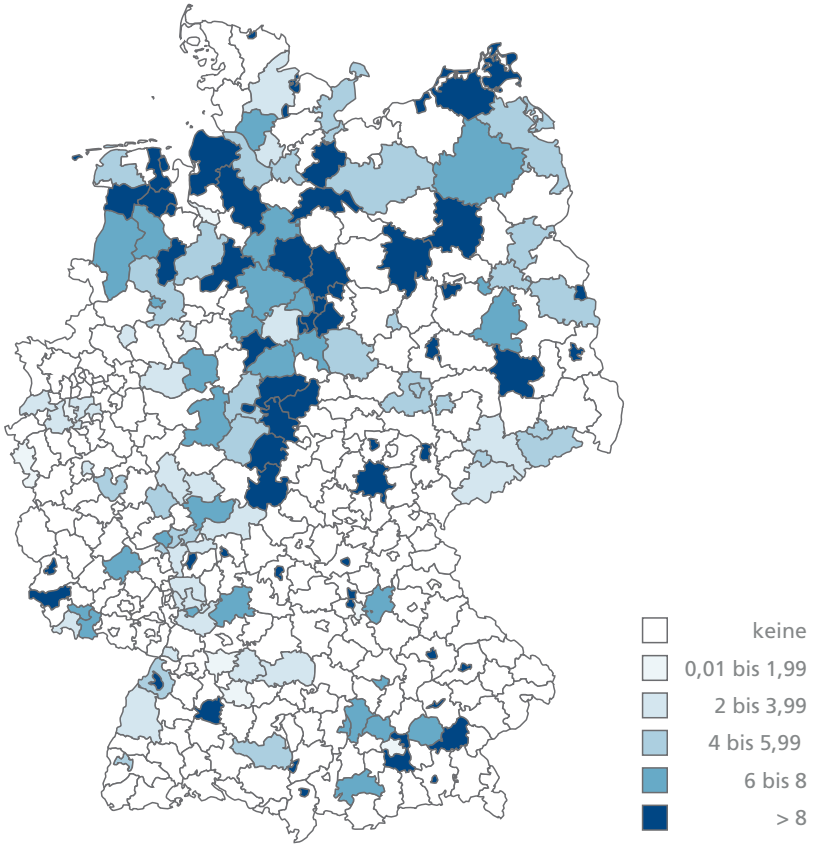
< 2,5
2,5 bis 3,49
3,5 bis 5
> 5

Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden.
Der Mittelwert liegt bei 3,42.

Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015 | BertelsmannStiftung

Abbildung 9: SAPV-Teams

SAPV-Teams pro Million Einwohner nach Kreisen



Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015.

3.4 Anzahl der Krankenpflegenden mit Palliative-Care-Ausbildung

Die Zahl der Pflegefachkräfte wurde erhoben über Meldungen zur Anzahl der Teilnehmer, die Palliative-Care-Kurse von DGP-zertifizierten Leitern besucht haben. Die Zuordnungen der Pflegefachkräfte sind aus den vorliegenden Daten allerdings nicht auf Kreisebene auszuwerten, da nicht die Adressen, sondern nur die Zahlen der Teilnehmer ausgewertet werden können. Es ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer in der Regel aus dem Bundesland kommen, in dem der Kurs stattgefunden hat, so dass eine Auswertung auf Landesebene erfolgt.

Eine grobe Übersicht lässt sich bereits aus den Daten zur Teilnahme Pflegender an Palliative-Care-Kursen aus dem Jahr 2014 gewinnen. Das Weiterbildungsverhältnis ist mittlerweile ausgewogen. Ob grundsätzlich ein Ost-West-Unterschied bei den Pflegenden mit Palliative-Care-Weiterbildung besteht, lässt sich erst an weitergehenden Analysen festmachen, die auch die früheren Ausbildungsjahrgänge miteinbeziehen. Ein Unterschied zwischen Flächenländern und Städten ist auf den ersten Blick kaum festzustellen.

Weitere Limitierungen zur Aussagekraft dieses Abschnitts ergeben sich aus den Hinweisen in den Abschnitten 2.2 und 2.3.

Tabelle 3: Teilnahme Pflegender an Palliative-Care-Kursen, 2014

Teilnahme Pflegender pro 100.000 Einwohner nach Bundesländern

	Bundesland	Pflegende
1	Sachsen-Anhalt	6,33
2	Saarland	5,65
3	Mecklenburg-Vorpommern	4,26
4	Hamburg	3,38
5	Nordrhein-Westfalen	3,00
6	Brandenburg	2,98
7	Schleswig-Holstein	2,52
8	Rheinland-Pfalz	2,45
9	Bayern	2,44
10	Berlin	2,34
11	Baden-Württemberg	1,42
12	Sachsen	1,29
13	Niedersachsen	1,16
14	Thüringen	0,83
15	Hessen	0,46
16	Bremen*	0,00

* In Bremen wurden Palliativ-Care-Kurse durchgeführt, allerdings wurde keine Anerkennung durch die DGP beantragt, weshalb hier keine Zahlen genannt werden können. Auch in anderen Bundesländern ist davon auszugehen, dass es zusätzlich zu den bei der DGP gemeldeten Kursen weitere Fortbildungen für Pflegekräfte gegeben hat.

Quelle: EAPC White Paper on Standards and Norms (Radbruch et al. 2011a, Radbruch et al. 2011b). | BertelsmannStiftung

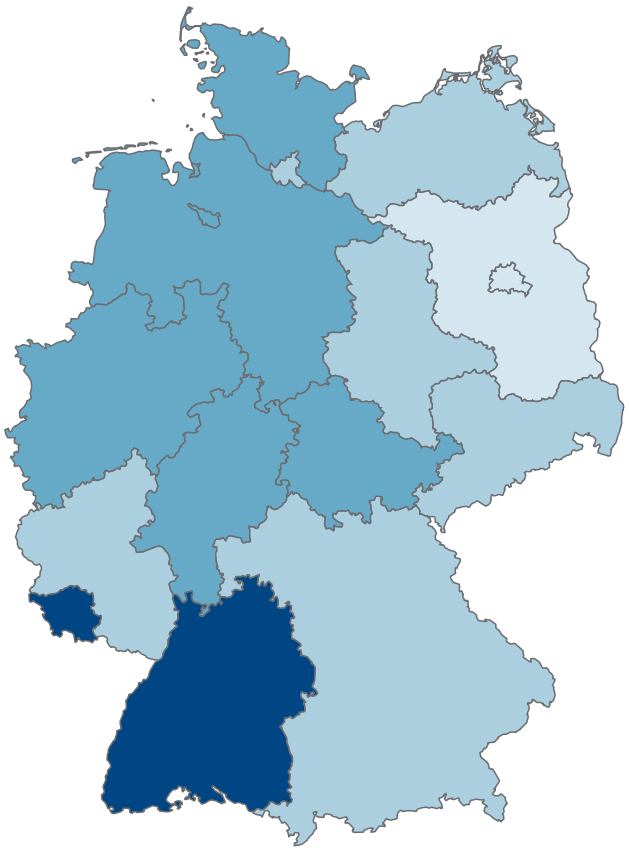
3.5 Anzahl der ambulanten Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste bieten eine psychosoziale Begleitung der Patienten durch ehrenamtliche Mitarbeiter an, die von den hauptamtlichen Koordinatoren supervidiert und koordiniert werden. Insgesamt wurden im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung 1.370 ambulante Hospizdienste (Stand Juni 2015, inkl. 117 Kinderhospizdienste) in Deutschland registriert; dies entspricht im Bundesdurchschnitt 15,55 Diensten pro Million Einwohner. Allerdings ist nicht klar, ob alle diese Einrichtungen auch Patientenbegleitungen anbieten oder auch Hospizinitiativen darunter sind, die beispielsweise einen ambulanten Hospizdienst vorbereiten. Bei den Krankenkassen waren im Jahr 2014 insgesamt 841 ambulante Hospizdienste gemeldet, die Kostenerstattungen erhielten.
Es fällt auf, dass die bevölkerungsreichsten und die bevölkerungsärmsten Bundesländer die geringste Dichte an ambulanten Hospizdiensten haben. Die Vermutung einer Unterversorgung in städtischen Ballungsgebieten trifft demnach auf Länderebene zu, doch ebenso sind entgegen der Vermutung auch die Bundesländer mit großen ländlichen Gebieten schlecht versorgt.

Bei den ambulanten Hospizdiensten ist ein klarer Unterschied zwischen West und Ost zu erkennen, mit deutlich weniger ambulanten Hospizdiensten in den ostdeutschen Bundesländern (Abbildung 10, Tabelle 9). Zwischen den Bundesländern bestehen Unterschiede bis zum Dreifachen: Während in Baden-Württemberg 28,22 ambulante Hospizdienste für eine Million Einwohner zuständig sind, sind es in Thüringen nur 15,27 und in Brandenburg lediglich 8,57. In Hamburg, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg liegen die Zahlen deutlich unter dem geschätzten Bedarf von zwölf bis 25 ambulanten Hospizdiensten pro Million Einwohner.

Abbildung 10: Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste pro Million Einwohner nach Bundesländern



1	Baden-Württemberg	28,22
2	Saarland	23,22
3	Schleswig-Holstein	19,53
4	Niedersachsen	18,87
5	Bremen	18,25
6	Nordrhein-Westfalen	17,93
7	Hessen	17,04
	Deutschland	**15,55**
8	Thüringen	15,27
9	Sachsen	14,58
10	Rheinland-Pfalz	14,02
11	Bayern	12,3
12	Hamburg	11,45
13	Sachsen-Anhalt	10,25
14	Mecklenburg-Vorpommern	10,02
15	Berlin	9,35
16	Brandenburg	8,57

Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden.

Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

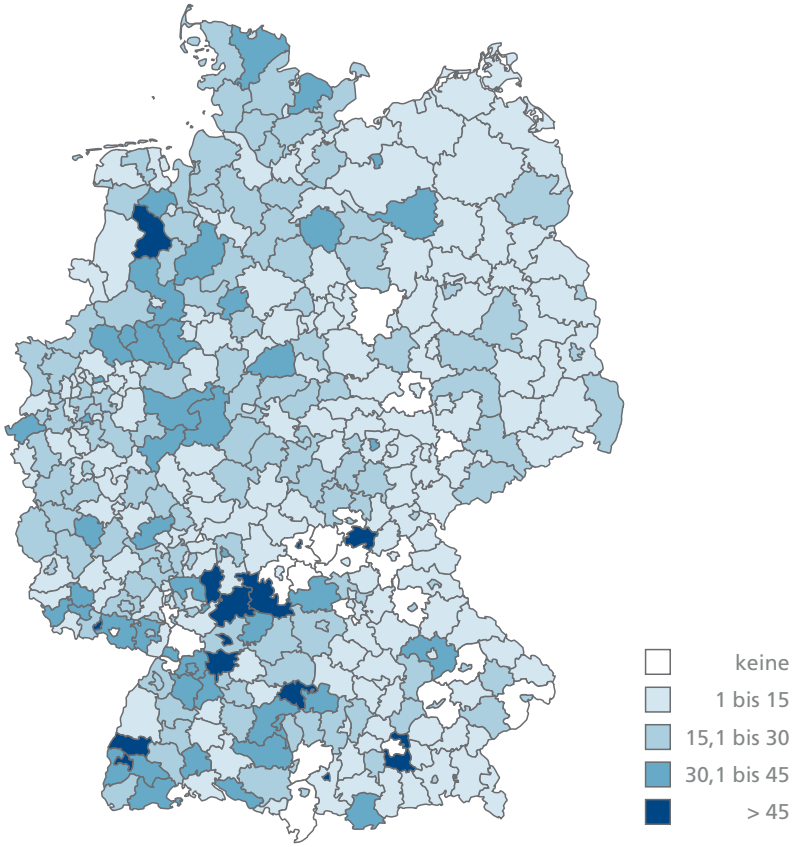
Bei der Darstellung der ambulanten Hospizdienste auf Kreisebene (Abbildung 11) ist zu bedenken, dass im Wegweiser nur die Adressen des jeweiligen Geschäftssitzes erfasst werden. Es ist aber davon auszugehen, dass viele Hospizdienste auch umliegende Kreise mitversorgen, weshalb sich aus dieser Darstellung nicht ableiten lässt, dass weiße Flecken grundsätzlich unterversorgt sind. Dennoch lassen sich Regionen mit einer guten Versorgung durch diese Darstellung identifizieren.

Als limitierend ist noch zu berücksichtigen, dass die Einträge im Wegweiser freiwillig erfolgen und hier vermutlich noch nicht alle ambulanten Hospizdienste erfasst worden sind. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband geht von rund 1.500 Hospizvereinen aus, während im Wegweiser 1.274 Dienste (ohne Kinderhospize, Stand 29.9.2015) erfasst sind, die allerdings im Gegensatz

zu Schätzungen definitiv existieren. Eine weitere Limitierung ergibt sich daraus, dass hier nicht bekannt ist, wie viele Ehrenamtliche in den jeweiligen Hospizdiensten arbeiten. Genaue Angaben zur Zahl der tätigen Ehrenamtlichen werden erst nach genauerer Auswertung der Wegweiserdaten möglich sein. Hierzu ist es erforderlich, dass die Dienste die erweiterten Angaben im Wegweiser eintragen. Dies ist derzeit erst bei etwa 30 Prozent der Dienste erfolgt.

Abbildung 11: Ambulante Hospizdienste (ohne Kinderhospizdienste)

Ambulante Hospizdienste pro Million Einwohner nach Kreisen



Die Klasseneinteilung wurde in dieser Form gewählt, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gruppen abzubilden.

Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015. | BertelsmannStiftung

3.6 Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeitenden in den ambulanten Hospizdiensten

Die Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiter kann derzeit aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin noch nicht erhoben werden, obwohl sie bei den Strukturdaten der ambulanten Hospizdienste miterfasst wurde. Allerdings haben nur 158 Dienste (11,5 Prozent) Angaben dazu gemacht, weshalb hier auf eine Übersicht verzichtet wird.

Insgesamt lassen sich aus den Angaben im Wegweiser bisher nur 7.432 Ehrenamtliche belegen. Dies entspricht 92,02 Ehrenamtlern pro Million Einwohner. Diese Zahl liegt allerdings deutlich unter den Angaben der Krankenkassen, die 33.608 Ehrenamtliche aufführen (http://kcgeriatrie.de/downloads/2015_kcg-expertenforum/2015_kuecking_kcg-expertenforum.pdf). In einem europäischen Vergleich wurden für das Jahr 2008 sogar 80.000 ehrenamtliche Begleiter in Deutschland angegeben (Woitha et al. 2014). Eine Hochrechnung der vorhandenen Angaben bei 11,5 Prozent der Einrichtungen lässt eine Schätzung von 64.600 ehrenamtlichen Begleitern in den Hospizdiensten zu. Diese liegt im gleichen Bereich wie die höheren Schätzungen des europäischen Vergleichs.

Zur Anzahl der Mitarbeiter formuliert die EAPC keine Empfehlungen. In Deutschland ist aber eine Mindestzahl von 15 Ehrenamtlichen gefordert, wenn der ambulante Hospizdienst die Personalkosten der hauptamtlichen Koordinatoren von den Krankenkassen erstatten lassen will. Es kann deshalb eine Mindestzahl von 180 bis 375 ehrenamtlichen Mitarbeitern pro Million Einwohner angesetzt werden (zwölf bis 25 ambulante Hospizdienste, 15 ehrenamtliche Mitarbeiter). Bei den Einrichtungen, die Angaben zur Anzahl gemacht haben, wurden im Mittel 48 + 30 Ehrenamtliche dokumentiert – die Spannbreite reichte von null bis 182.

3.7 Ergebnisüberblick nach Bundesländern

Tabelle 4: Ergebnisüberblick der im Bericht analysierten Indikatoren

Anzahl nach Bundesländern

	Betten auf Palliativ-stationen pro Million Einwohner (2015)	Betten in statio-nären Hospizen pro Million Einwohner (2015)	Palliativmediziner pro 100.000 Einwohner (2014)	Teilnahme Pflegender an Palliativ-Care-Kursen pro 100.000 Einwohner (2014)	SAPV-Teams pro Million Einwohner (2015)	Ambulante Hospizdienste pro Million Einwohner (2015)
Baden-Württemberg	29,72	17,31	14,03	1,42	2,35	28,22
Bayern	33,56	11,58	5,65	2,44	2,86	12,30
Berlin	18,70	56,40	8,71	2,34	4,68	9,35
Brandenburg	22,46	35,11	10,17	2,98	4,49	8,57
Bremen	33,47	24,34	10,50	0,00	1,52	18,25
Hamburg	26,91	40,66	10,71	3,38	3,44	11,45
Hessen	24,65	26,63	15,43	0,46	4,47	17,04
Mecklenburg-Vorpommern	43,22	40,09	10,15	4,26	5,01	10,02
Niedersachsen	30,68	24,65	14,56	1,16	6,93	18,87
Nordrhein-Westfalen	24,47	31,07	12,32	3,00	0,57	17,93
Rheinland-Pfalz	37,05	14,77	12,12	2,45	0,75	14,02
Saarland	46,43	26,24	9,29	5,65	6,06	23,22
Sachsen	32,62	19,28	9,27	1,29	2,97	14,58
Sachsen-Anhalt	20,94	15,15	8,69	6,33	2,67	10,25
Schleswig-Holstein	26,99	26,99	13,28	2,52	4,62	19,53
Thüringen	36,10	26,84	7,08	0,83	1,39	15,27
Deutschland gesamt	30,50	26,54	10,75	2,53	3,42	15,55

Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin 2015.

4. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

In der vorliegenden Auswertung zeigen sich deutlich die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland. Bei den einzelnen Indikatoren gibt es große Spannbreiten zwischen einzelnen Bundesländern: bis zum Fünffachen bei der Bettenzahl in den stationären Hospizen oder bis zum Elffachen bei der Zahl der SAPV-Teams.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen führen zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der Versorgung. Während in einigen Bundesländern mehr stationäre Einrichtungen aufgebaut wurden, sind es in anderen die ambulanten Strukturen wie SAPV-Teams, die vergleichsweise besser ausgebaut sind. So ist in Niedersachsen und in etwas geringerem Maß in Hessen die ambulante Versorgung mit SAPV deutlich besser als in anderen Bundesländern, die Zahl der Hospiz- und Palliativbetten dagegen niedriger. In Nordrhein-Westfalen und dem Saarland ist die stationäre Palliativversorgung gegenüber den anderen Bundesländern stärker ausgebaut, während die SAPV schwächer zu sein scheint.

Auch in der Verteilung von Hospiz- und Palliativbetten zeigen sich regionale Unterschiede. In Hamburg und noch deutlicher in Berlin werden nur wenige Betten in Palliativstationen vorgehalten, dafür aber viele Hospizbetten. Dagegen wurden in Bayern und im Saarland viele Palliativbetten, aber nur wenige Hospizbetten eingerichtet. In einigen Bundesländern, wie in Mecklenburg-Vorpommern, finden sich diese Unterschiede auch zwischen den Landkreisen: in den östlichen Landesteilen mit einer deutlich höheren Zahl als in den westlichen Teilen des Landes.

Während bisher immer befürchtet wurde, dass die bestehenden Vorgaben im Gesundheitssystem zur Palliativversorgung in den ländlichen Regionen nicht umgesetzt werden können, zeigt die Auswertung, dass in einzelnen Landkreisen eine gute Versorgung ermöglicht wurde. Es ist zu vermuten, dass hinter der Umsetzung in diesen Regionen kleine engagierte Gruppen mit einer guten lokalen und regionalen Vernetzung stehen.

Die Auswertung gibt auch Hinweise darauf, dass der Auf- und Ausbau der Palliativversorgung in einer begrenzten Region oder einem kleinen Bundesland einfacher möglich ist. Die Umsetzung von innovativen Versorgungsformen wie der SAPV ist in Ländern wie dem Saarland mit 1,0 Millionen Einwohnern oder Mecklenburg-Vorpommern mit 1,6 Millionen Einwohnern einfacher als in Nordrhein-Westfalen mit 17,6 Millionen.

Aus den hier ausgewerteten Strukturdaten kann weder auf die Zahl der versorgten Patienten noch auf die Qualität der Patientenversorgung geschlossen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die klar sichtbaren Unterschiede in den Versorgungsstrukturen auch zu unterschiedlichen Erfolgen in der Patientenversorgung führen. Sinnvoll wäre eine bundesweite einheitliche Dokumentation – etwa als Beteiligung am Nationalen Hospiz- und Palliativregister der DGP –, um damit eine

Qualitätssicherung und ein Benchmarking zu erreichen. Damit könnten die unterschiedlichen Versorgungsmodelle verglichen und gute Beispiele zur Implementierung empfohlen werden.

Weitere Aussagen zur Versorgungsqualität werden auch möglich sein, wenn mehr Einrichtungen die erweiterten Angaben zu internen Strukturen im Wegweiser eingetragen haben, womit im Laufe des nächsten Jahres zu rechnen ist. Somit sollten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung (ggf. durch Anreize) ermutigt werden, sich am Nationalen Hospiz- und Palliativregister zu beteiligen und ihre Angaben im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung zu aktualisieren. Auch gesetzliche Regelungen oder Richtlinien zur einheitlichen Dokumentation sowie eine gezielte Förderung der Versorgungsforschung im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung könnten dazu beitragen, die Datenlage erheblich zu verbessern.

Der Ausbau der ambulanten und stationären Strukturen muss dennoch generell empfohlen werden. Nur wenige Bundesländer erreichen den Versorgungsstand, der aus internationalen Studien als Standard vorgegeben wird. Die Auswertungen zeigen aber auch, dass in vielen Bundesländern zumindest einzelne Teile der Hospiz- und Palliativversorgung besser als in anderen ausgebaut sind; daher sollten die Fördermaßnahmen auf Ebene der Bundesländer sehr gezielt eingesetzt werden, damit man nicht Überkapazitäten produziert, während anderswo noch deutliche Lücken zu finden sind. In den Bereichen der Krankenhausversorgung und in Einrichtungen der stationären Altenpflege erscheint es sinnvoll, Palliativbeauftragte (im Sinne eines „Palliativkümmerers“) zu etablieren, damit den realen Bedarfen vor Ort entsprechend strukturelle Entwicklungen weitergeführt und Qualitätssicherung befördert werden können. Über solche Stellen wären auch Datenerhebungen möglich, die einen genaueren Rückschluss auf die Versorgungssituationen zulassen würden.

Aktuell ist die Politik sehr bemüht, die Hospiz- und Palliativversorgung voranzubringen. Das neue Gesetz zur Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) beinhaltet viele positive Aspekte. Es steht aber auch zu befürchten, dass der Ausbau der Versorgung durch das Senken von Qualitätsanforderungen erleichtert werden soll.

Bei allen Bemühungen, die Versorgungsstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung auszubauen, sollte sehr genau darauf geachtet werden, dass dies nicht auf Kosten inzwischen etablierter Qualitätsstandards erfolgt. Das gilt besonders für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für alle Formen der spezialisierten Palliativversorgung.

Zusammenfassend lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ist trotz der erreichten Versorgungsdichte im ambulanten wie im stationären Bereich dringend notwendig. Dieser Ausbau sollte gezielt gesteuert werden, um die weißen Flecken auf der Versorgungslandkarte zu füllen.

- Im stationären Bereich sollte vor der Errichtung neuer Palliativstationen oder stationärer Hospize zunächst eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden, da in einigen Regionen bereits eine ausreichende Versorgungsdichte erreicht worden ist.

- In den ostdeutschen Bundesländern sollten verstärkte Anstrengungen in der ärztlichen und pflegerischen Qualifikation unternommen werden, um die Defizite bei der Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ und der Zahl der Pflegekräfte mit Palliative-Care-Ausbildung auszugleichen.

- Zur ambulanten Versorgung, insbesondere zur SAPV, aber auch zu der ehrenamtlichen Begleitung durch die ambulanten Hospizdienste, sind die vorliegenden Daten in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Hier sollten bundesweite Erhebungen erfolgen, etwa über das Nationale Hospiz- und Palliativregister oder über den Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung.

Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2015): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. München. www.stmgp.bayern.de/krankenhaus/krankenhausplanung/doc/krankenhausplan.pdf [Abruf am 3.8.2015].

Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Praill D, De Lima L, Greenwood A, Flores LA, Brasch S, Giordano A (2007): Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. Palliat Med 21 (6): 463–471.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2014): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013. Berlin. www.g-ba.de/downloads/17-98-3863/Bericht-Evaluation-SAPV-2013.pdf [Abruf am 3.8.2015].

Higginson IJ, Evans CJ (2010): What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer J 16 (5): 423–435.

Lux EA, Althaus A, Classen B, Hilscher H, Hofmeister U, Holtappels P, Mansfeld-Nies R, Weller HU (2013): Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – Strukturierte Bestandsaufnahme 12 und 36 Monate nach Inkrafttreten der „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar Kranken im häuslichen Umfeld“. MMW Fortschr Med 155 Suppl 2: 44–50.

MAGS NRW [Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen] (2005): Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen – Kooperatives integriertes Versorgungskonzept. Düsseldorf. www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-palliativ.pdf [Abruf am 23.3.2012].

MGEPA NRW [Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen] (2015): Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf. https://broschueren.nordrhein-westfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/20130725-krankenhausplan-nrw-2015-pdf/von/krankenhausplan-nrw-2015/vom/mgepa/1483 [Abruf am 3.8.2015].

Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F (2011a): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 12: 216–227.

Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F (2011b): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 12: 260–270.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2015): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2014/2015. Dresden. www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2014-2015_Teil_II.pdf [Abruf am 3.8.2015].

Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin. www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de [Abruf am 3.8.2015].

Woitha K, Hasselaar J, van Beek K, Radbruch L, Jaspers B, Engels Y, Vissers K (2014): Volunteers in Palliative Care – A Comparison of Seven European Countries: A Descriptive Study. Pain Pract 15 (6): 572–579.

Autor

Heiner Melching
Geschäftsführer
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Gutachter

Michaela Hach
Vorsitzende des Fachverbands SAPV Hessen e.V.
Fachverband für die spezialisierte
ambulante Palliativversorgung

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Ärztlicher Leiter Palliativmedizin, Marienhospital Osnabrück
Chefarzt Klinik für Palliativmedizin, Franziskus-Krankenhaus Berlin
Vorsitzender Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Deutsche
Hospiz- und PalliativStiftung
Leiter Niedersächsische Koordinierungsstelle für Hospizarbeit und
Palliativversorgung

Dr. med. Ulrike Hofmeister
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Betriebsmedizin
1. Vorsitzende des Berufsverbandes der Palliativmediziner
in Westfalen Lippe e.V.

Dr. med. Ursula Marschall
Abteilungsleiterin Medizin & Versorgungforschung
Barmer GEK

Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra
Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Univ.-Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Wissenschaftliche Schwerpunkte:
Hausärztliche Palliativversorgung und die Versorgungsforschung

Das Projekt „Faktencheck Gesundheit“

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

Der „Faktencheck Gesundheit“ will dazu beitragen, dass ...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden,
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann,
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartografischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

Impressum

© 2015 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Marion Grote-Westrick,
Eckhard Volbracht

Titelfoto
hl-studios/Strandperle

Gestaltung
Markus Diekmann, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Eckhard Volbracht
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81139
Fax +49 5241 81-681139
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

www.faktencheck-gesundheit.de

www.bertelsmann-stiftung.de

BertelsmannStiftung